

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 5

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# LIPOMES RÉTROPÉRITONÉAUX

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 avril 1919

PAR

**PARZENCZEWSKI (Luzer)**

Né à Lenczyca (Pologne), le 24 novembre/6 décembre 1889

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs  
de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président*.

DE ROUVILLE, prof. adjt.

GAUSSEL, agrégé.

SOUBEYRAN, agr. libre.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone: 8-78

1919



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
LIPOMES RÉTROPÉRITONÉAUX



UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 5

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# LIPOMES RÉTROPÉRITONÉAUX

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 avril 1919

PAR

PARZENCZEWSKI (Luzer)

Né à Lenczyca (Pologne), le 24 novembre/6 décembre 1889

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs  
de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président*.

DE ROUVILLE, prof. adj<sup>l</sup>.

GAUSSEL, agrégé.

SOUBEYRAN, agr. libre.

*Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone: 8-78

1919



# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Administration

|                     |            |
|---------------------|------------|
| MM. MAIRET (✱)..... | DOYEN.     |
| SARDA.....          | ASSESEUR.  |
| IZARD.....          | SECRÉTAIRE |

## Professeurs

|                                                    |                     |
|----------------------------------------------------|---------------------|
| Clinique chirurgicale.....                         | MM. TEDENAT (O. ✱). |
| Clinique médicale.....                             | CARRIEU (✱).        |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses.....   | MAIRET (✱).         |
| Physique médicale.....                             | IMBERT (✱).         |
| Botanique et histoire naturelle médicales.....     | GRANEL.             |
| Clinique chirurgicale.....                         | FORGUE (O. ✱).      |
| Clinique ophtalmologique.....                      | TRUC (O. ✱).        |
| Physiologie.....                                   | HEDON (✱).          |
| Histologie.....                                    | VIALLETON.          |
| Pathologie interne.....                            | DUCAMP (✱).         |
| Anatomie.....                                      | GILIS (✱).          |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..... | ESTOR.              |
| Médecine légale et toxicologie.....                | SARDA (✱).          |
| Clinique des maladies des enfants.....             | BAUMEL (✱).         |
| Pathologie et thérapeutique générales.....         | BOSC.               |
| Hygiène.....                                       | BERTIN-SANS (H.)    |
| Clinique médicale.....                             | RAUZYER (✱).        |
| Clinique obstétricale.....                         | VALLOIS.            |
| Thérapeutique et matière médicale.....             | VIREN (✱).          |
| Anatomie pathologique.....                         | MASSABUAU (✱).      |
| Chimie médicale.....                               | DERRIEN.            |
| Microbiologie.....                                 | N...                |

*Professeurs adjoints :* MM. DE ROUVILLE, MOURET.

*Doyen honoraire :* M. VIALLETON.

*Professeurs honoraires :* MM. E. BERTIN-SANS (✱).

*Secrétaire honoraire :* M. GOT.

## Chargés de Cours complémentaires

|                                               |                                |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|
| Clinique gynécologique.....                   | MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.    |
| Clinique oto-rhino-laryngologie.....          | MOURET, prof.-adj.             |
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées... | VEDEL, agr. lib. ch. d. c.     |
| Clinique des maladies des voies urinaires.    | JEANBRAU (O. ✱ ✱), a. l. c. c. |
| Médecine opératoire.....                      | SOUBEYRAN ✱ ✱, a. l. ch. d. c. |
| Pathologie externe.....                       | RICHE, agrégé.                 |
| Clinique annexe des maladies des vieillards.  | EUZIERE, agrégé.               |
| Accouchements.....                            | P. DELMAS, agrégé.             |
| Accouchements.....                            | DESMONTS (ch. de c.).          |
| Matière médicale.....                         | CABANNES, agrégé.              |
| Stomatologie.....                             | N...                           |

## Agrégés en exercice

|                 |                |                     |
|-----------------|----------------|---------------------|
| MM. GALAVIELLE. | MM. CABANNES.  | MM. ROGER.          |
| GRYNFELT (✱).   | P. DELMAS.     | ETIENNE.            |
| LEENHARDT.      | EUZIERE.       | LISBONNE.           |
| GAUSSEL (✱ ✱).  | J. DELMAS (✱). | PECH (ch. d'agrég.) |
| RICHE.          | RIMBAUD.       |                     |

## Examineurs de la thèse :

MM. TÊDENAT, Prof., Prêsid<sup>t</sup>; DE ROUVILLE, prof. adj<sup>t</sup>; GAUSSEL, agrégé;  
SOUBEYRAN, agrégé libre.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

À MES PARENTS

L. PARZENCZEWSKI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT  
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE  
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS  
SOUBEYRAN ET GAUSSEL

A TOUS MES MAÎTRES  
DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE MONTPELLIER

L. PARZENCZEWSKI.

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# LIPOMES RÉTROPÉRITONÉAUX

---

## INTRODUCTION

Les lipomes rétropéritonéaux prennent naissance et se développent derrière le péritoine pariétal postérieur, au-devant de la paroi abdominale postérieure. Ils se fixent souvent dans une des fosses lombaires ou iliaques, parfois au-devant des vertèbres.

En se développant, ils refoulent l'intestin grêle et le côlon, ils s'insinuent entre les deux feuillets du mésentère, ils dédoublent souvent le mésocôlon ascendant ou descendant, ils clivent le ligament large. Mais ce ne sont là que des prolongements secondaires de la tumeur, trop à l'étroit dans l'espace rétropéritonéal, qui reste son habitat véritable.

Les lipomes, lipomes purs ou lipo-myxomes ou lipo-myxo-fibromes, sont les tumeurs les plus fréquentes qui se développent dans l'espace rétropéritonéal, encore ne

se rencontrent-elles que très rarement. Les tumeurs malignes (cancers et sarcomes) sont assez rares.

On accorde la paternité de la première observation sur les lipomes rétropéritonéaux à Valsalva. Après lui, Broca et Moynier décrivent des lipomes constatés au cours d'autopsie.

Les premières tentatives d'extirpation des lipomes rétropéritonéaux furent presque toutes suivies d'insuccès : la péritonite suraiguë, la durée excessive de l'opération, l'état cachectique du malade furent les causes habituelles de mort.

Depuis l'ère de l'antisepsie et de l'asepsie, la technique de l'extirpation des lipomes rétropéritonéaux se précise et les succès opératoires se multiplient.

Malheureusement le malade attend souvent, pour se décider à l'opération, que la tumeur ait déterminé des troubles fonctionnels graves ou irrémédiables.

---

## ÉTIOLOGIE

En tant que tumeur, les lipomes rétropéritonéaux subissent les lois du déterminisme générateur des tumeurs en général. On ne sait rien des causes préparatrices, occasionnelles des lipomes rétropéritonéaux. Il est établi que la femme, beaucoup plus souvent que l'homme, est victime du lipome rétropéritonéal, sans qu'il semble possible d'expliquer cette prédominance par les divers états de la vie sexuelle. Le lipome se rencontre autant chez la femme impubère que chez l'adulte, chez la nullipare que chez la pluripare, avant qu'après la ménopause. En général, il est impossible de déterminer avec quelque précision l'âge auquel naît un lipome rétropéritonéal. Le malade, ordinairement inattentif observateur de soi-même, et en tout cas inhabile à découvrir une tumeur naissant dans la profondeur du ventre, ignore le moment où commence son mal. Le lipome, indolore à ses débuts, n'occasionnant plus tard que des troubles par compression, ne révèle son existence que lorsqu'il a déjà acquis un volume capable de gêner le fonctionnement des organes abdominaux.

Quant à noter les âges auxquels les différents porteurs

de lipomes ont comparu devant le chirurgien ou se sont résignés à l'opération, il faut s'en abstenir : ce sont là des circonstances fortuites, variables avec l'endurance de chaque sujet, et ce ne serait pas faire œuvre étiologique.

---

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lipomes rétropéritonéaux se présentent à l'ouverture du ventre comme des tumeurs gigantesques, recouvertes d'un feuillet séreux très mince. Ils occupent la totalité de l'abdomen et il est impossible d'apercevoir leur point de départ.

La confusion avec un kyste de l'ovaire est possible : une ponction éventuelle ne donne rien. Le côlon ascendant ou descendant, aplati et dévié, traverse la face antérieure du lipome. L'utérus avec le ligament large sont comprimés et repoussés, l'estomac, la rate et le foie sont appliqués contre le diaphragme. On sent que la tumeur adhère à la paroi abdominale postérieure.

Les lipomes pesant de 10 à 20 kilogr. sont fréquents.

La forme des lipomes est variable. Le plus souvent ils sont dissymétriques, de contours irréguliers, et présentent à leur face antérieure une série de masses secondaires qui sont autant de lobes. Les lobes, de volume inégal, variant de la grosseur d'un œuf à celle d'une tête d'enfant, sont séparés les uns des autres par des sillons profonds ou par des travées conjonctives lâches.

La lobulation nette dans le lipome pur s'atténue beau-

coup dans les lipo-myxomes et disparaît complètement dans les lipo-myxomatoses diffuses de l'abdomen. Ce sont les cas où la néoplasie, développée en nappe derrière le péritoine postérieur, s'infiltré dans tout l'espace rétropéritonéal.

La consistance des lipomes rétropéritonéaux dépend des tissus différents qui s'y rencontrent en proportions variables. Les lipomes purs et les lipo-myxomes ont une consistance élastique, semi-molle. Ils donnent à la main, à travers la paroi, la même sensation qu'un kyste ovarique. Les lipomes contenant du tissu fibreux, dense, calcifié ou osseux, sont d'une consistance dure, qui se rapproche de celle du fibrome ou de l'ostéome.

La couleur du lipome est aussi variable que les tissus qui le constituent.

Sauf dans les cas de lipo-myxomatose diffuse, il existe toujours une capsule conjonctive qui enveloppe et limite la tumeur. Cette capsule envoie par sa face profonde des travées conjonctives vers le centre de la tumeur. Sa face superficielle entre en rapport avec le péritoine postérieur et les différents organes rétropéritonéaux : rein, gros vaisseaux abdominaux, pancréas et foie. Il arrive que, sous des influences mal connues, la capsule adhère à l'un des organes voisins. La connexion est parfois tant intime qu'à l'extirpation il faut enlever le rein avec la tumeur, ou emporter un morceau de la corticalité du foie ou de la rate.

Les lipomes rétropéritonéaux sont constitués dans la majorité des cas, toujours avec prédominance lipomatueuse, par du tissu adipeux avec du tissu muqueux ou fibreux. Il y a même association de tissu adipeux avec le tissu embryonnaire qui constitue le sarcome.

Le lipome pur est caractérisé par les adipoplastes, cellules arrondies, grosses, surchargées de réserves graisseuses, avec un petit noyau relégué à la périphérie de la cellule.

Le fibro-lipome se distingue par la prolifération conjonctive plus abondante. La trame de la tumeur est un tissu de faisceaux serrés dans les mailles duquel se trouvent de grosses masses d'adipose lâche.

Dans les lipo-myxomes on trouve des cellules embryonnaires fusiformes, anastomosées entre elles par des prolongements grêles. Il y a encore parfois des cellules migratrices, des mononucléaires de différentes tailles, surtout des lymphocytes, des clasmatocytes.

---

## ETUDE CLINIQUE

**Symptomatologie.** — Les lipomes rétropéritonéaux sont essentiellement des tumeurs à développement lent. Le début est silencieux, l'évolution indolente; et le malade ne soupçonne son mal que lorsqu'il est déjà bien développé.

L'augmentation de volume de l'abdomen, des douleurs dans le ventre, des vomissements, de la constipation, sont en général les symptômes qui attirent l'attention du malade.

Suivant qu'il s'agit d'un lipome de volume moyen limité à la fosse lombaire, ou d'un lipome géant occupant tout l'abdomen, l'examen physique donne des résultats différents.

Les lipomes géants font penser à une grosse ascite ou à un kyste de l'ovaire : le malade présente un abdomen considérablement distendu. La circonférence du ventre à l'ombilic dépasse un mètre. On constate de la circulation collatérale, de l'œdème, des vergetures, mais d'une façon inconstante.

La palpation bimanuelle (une main de chaque côté de la ligne médiane) donne une sensation de pseudo-fluc-

tuation très nette, comme dans le kyste de l'ovaire. L'abdomen est mat dans toutes les positions. Le toucher vaginal donne une sensation que la tumeur n'est pas en continuité avec l'utérus ni avec les annexes. Souvent on ne trouvera rien : il ne sera pas possible de mobiliser l'utérus comprimé par le lipome qui plonge dans le bassin.

Les troubles fonctionnels des lipomes sont d'origine mécanique : douleurs par compression nerveuse ; troubles circulatoires, œdème des membres inférieurs ; troubles respiratoires, dyspnée.

Les malades sont ordinairement dans un état déplorable : l'amaigrissement, la perte des forces, l'adynamie, la dyspnée croissante se développent. Ils ont parfois des poussées fébriles.

L'inspection de l'abdomen ne révèle rien dans le cas d'un lipome de volume moyen ; parfois on aperçoit une légère voussure du côté malade.

La palpation révèle la tumeur, surtout la palpation bimanuelle avec une main sous la paroi lombaire et l'autre sous la paroi abdominale, en procédant comme pour l'examen du rein. On sent alors une tumeur de consistance rénitente, irrégulière de surface, qui ressemble souvent à une tumeur rénale.

La percussion révèle la matité de cette masse, mais avec une bande de sonorité qui correspond au côlon. Il faut rechercher avec soin cette sonorité colique qui, à elle seule, permet d'affirmer la situation rétropéritonéale du néoplasme.

L'examen séparé les urines de chaque rein, le passé urinaire du malade attestent l'intégrité rénale. Il s'agit donc d'une tumeur périrénale.

**Diagnostic.** — Les lipomes de dimensions énormes ont été presque toujours confondus avec les kystes de l'ovaire. L'indépendance de la tumeur et des organes génitaux est souvent impossible à reconnaître ; les énormes lipomes plongent dans le petit bassin, compriment et immobilisent l'utérus.

Il y a des cas, exceptionnels d'ailleurs, où un fibrome de l'utérus vient encore embrouiller le diagnostic.

L'ascite simule le lipome rétropéritonéal et la ressemblance est très grande.

Les kystes et les lipomes du mésentère sont mobiles et de petit volume.

La laparotomie exploratrice est préférable à la ponction de la tumeur qui est un procédé aveugle.

Les lipomes de volume moyen se reconnaissent par la palpation qui montre le contact lombaire et la percussion qui révèle la sonorité colique en avant de la masse. Une telle tumeur ne peut être une tumeur épiploïque, intestinale, splénique ou hépatique : c'est une tumeur rénale ou périrénale. L'intégrité des deux reins permettra de croire à une tumeur périrénale.

**Pronostic.** — Les lipomes rétropéritonéaux deviennent très difficiles à extirper dès qu'ils ont acquis un grand développement.

Le malade, très exténué, est peu capable de supporter une opération, et pourtant l'intervention chirurgicale est son unique chance de salut.

L'extirpation, à cause des adhérences multiples avec les organes voisins, ne peut pas être complète. La récurrence ou une transformation maligne sont à craindre.

## TRAITEMENT

L'extirpation chirurgicale est le seul traitement des lipomes rétropéritonéaux. La seule contre-indication à l'opération est la faiblesse trop grande du malade. Celui-ci se décide trop tard à une intervention. Nombreux sont ceux qui arrivent à l'hôpital en état de cachexie lamentable, amaigris, dyspnéiques, les membres inférieurs œdématisés et à peine capables de se tenir debout. Mieux vaut encore l'intervention ultra-précoce « sans même attendre la maturité du diagnostic de la tumeur » (Roux) : avantages pour le patient qui se présente dans de bonnes conditions, avantages pour le chirurgien qui enlèvera sans peine une petite tumeur au lieu d'avoir à s'attaquer à ces énormes masses qui remplissent tout l'abdomen, adhérent aux viscères, et qu'il faut parfois poursuivre jusque dans la cuisse ou jusque dans le médiastin.

Trois procédés ont été employés par les chirurgiens pour l'extirpation de la tumeur :

I. *Extirpation par énucléation.* — Procédé abandonné actuellement à cause du grand inconvénient d'être aveugle et brutal, arrachant des organes qu'on pourrait épar-

gner, sans même les voir. En énucléant un lipome adhérent à la rate d'un seul bloc, on blesse les vaisseaux spléniques ; d'où hémorragie abondante et mort de l'opéré par shock. Par la même manœuvre, on risque d'arracher la capsule hépatique ou d'enlever le rein avec le lipome extirpé.

II. *Extirpation par délobulation.* — Le procédé consiste à enlever la tumeur lobe par lobe ; ceux-ci peuvent aisément être détachés les uns des autres. Dans certains cas, il n'est pas possible de procéder autrement, par exemple lorsque le lipome est constitué par un grand nombre de lobes du volume d'une noix, ou même d'une tête d'adulte. L'opérateur enlève d'abord un lobe central assez volumineux ; puis, entourant la tumeur, se montrent encore une série de lobes plus petits qu'on est obligé d'extirper un à un. Il s'en trouve de si minuscules que l'on doit les laisser en place.

III. *Extirpation par morcellement.* — Ce procédé est le plus sûr. Le morcellement doit être fait du centre à la périphérie. « On enlèvera d'abord de petits morceaux, puis des fragments de plus en plus gros, s'amarrant chaque fois avec de fortes pinces à traction sur la lèvre externe de la partie que l'on incise ; cela saigne peu ou point. Lorsque l'on arrive à la périphérie de la tumeur, à la zone dangereuse, la plus grande partie de la tumeur est enlevée, on a du jour, on voit ce que l'on fait, et il suffit, pour éviter tout accident, de se tenir scrupuleusement au contact de la tumeur, clivant très exactement les tissus et pinçant les vaisseaux au fur et à mesure qu'on les voit. » (Hartmann et Lecène.)

En allant avec cette prudence, on risque peu de blesser un organe voisin, et on n'enlèvera que ce qu'on voudra enlever.

Souvent les organes adhérents à la tumeur ne se laissent pas facilement détacher. La résection intestinale, surtout la néphrectomie, est à redouter. Les adhérences au foie ou à la rate doivent être soigneusement détachées sans laisser rien de la tumeur dans la plaie, ce qui serait une source de récurrence.

M. Tédénat insiste sur la nécessité de l'ablation totale des lipomes. Cela est facile pour les lipomes bien encapsulés, un peu moins pour certains lipomes à nodules disséminés, quelquefois racémeux, qui s'insinuent dans les espaces intermusculaires ou dans les mailles du tissu connectif. Le 2 avril 1919, nous avons assisté, dans le service de M. Tédénat, à l'excision d'un lipome de gros volume (800 gr.) de la partie postérieure de l'épaule gauche. Les nodules s'éparpillaient vers l'aisselle, sous le deltoïde. Ils étaient comme encapsulés et la plupart d'entre eux durent être disséqués.

En décembre 1917, M. Tédénat a opéré une jeune fille de 18 ans à qui M. le professeur Lapeyre avait enlevé un an avant un gros lipome du pli de l'aîne. La tumeur avait récidivé et se prolongeait en arrière le long du bord interne du grand fessier. Les lobules multiples durent être disséqués hors des logettes où ils s'étaient développés. La tumeur allongée et racémeuse pesa 600 grammes.

---

# OBSERVATIONS

## OBSERVATION I

(Prof. Tédénat. — Recueillie par le docteur Dusser.)

**Lipome sous-rénal gauche encapsulé pesant 1850 gr. — Excision.  
Guérison.**

Zoé Dar..., 41 ans. Rien à noter du côté de l'hérédité, sinon le père goutteux depuis l'âge de 45 ans avec tophus au genou droit et aux deux coudes, actuellement âgé de 70 ans.

Réglée à 14 ans. Mariée à 21 ans. Accouchements normaux et sans complications à 23, 26, 30 ans. Fièvre typhoïde peu grave à 35 ans.

Depuis deux ans (février 1906), la malade a constaté une tumeur dans le flanc gauche. Le docteur Luzeskiewicz, consulté en juillet 1906, constate une tumeur molle faisant saillie sous les fausses côtes gauches en avant un

peu plus qu'en arrière, indolore à la pression, du volume des deux poings. La malade ne souffrant pas se contente d'une sangle de Glénard.

Elle revoit le médecin en décembre 1907 : la tumeur a pris un volume beaucoup plus considérable, sans douleur, sans gêne autre que quelques ballonnements de l'intestin du côté gauche avec parfois des borborygmes avec grand bruit entrecoupés de sifflements. Elle est d'ailleurs depuis longtemps constipée. La menstruation est régulière, les digestions normales, l'état général est bon.

Le 2 mars 1908, le docteur Luzeskiewicz, voyant l'augmentation progressive et rapide de la tumeur, adresse la malade à M. le professeur Tédénat qui constate l'état suivant (5 mars 1908) : Santé générale bonne, la malade est plutôt maigre, bien musclée. Rien au cœur, ni aux poumons. Le flanc droit est en forte saillie plus en arrière qu'en avant. C'était le contraire, il y a un an. Tumeur molle avec une vague nodulation quand on comprime la masse entre les deux mains. Le diagnostic de lipome rétropéritonéal s'impose. On décèle le côlon descendant en avant de la tumeur aussi bien par le palper que par la percussion qui parfois déterminent des borborygmes.

*Opération* (8 mars 1908). — Incision postérieure comme pour la néphrectomie avec un coussin sous les lombes. La tumeur apparaît encapsulant la moitié inférieure du rein. Elle est facilement décollée et attirée en bas et en dehors. Elle se prolonge en bas et s'attache par une sorte de pédicule fibreux épais de deux centimètres, large de quatre, qui s'attache à l'angle de la crête iliaque et du carré des lombes, formant une vague gouttière où est placé le côlon. Le pédicule est lié et la tumeur enlevée

en un seul bloc. Suintement sanguin modéré. Suture sans drainage. Guérison par réunion immédiate.

Pendant six jours, coliques et constipation. Un purgatif donné le septième jour a mis les choses en bon ordre.

Le docteur Tédénat a revu M<sup>me</sup> D... en bonne santé et sans récidence en juin 1914.

La tumeur était un lipome du poids de 1850 grammes à gros lobes arrondis, reliés par des pédicules fibreux au pédicule commun formant une tige fibro-lipomateuse très dure et résistante, portant deux artères du volume d'une aiguille à tricoter et quatre veines de volume un peu plus gros, reliées par un lacis de petites veines autour du pédicule.

## OBSERVATION II

(Prof. Tédénat, *in* thèse Choussat, Montpellier, 1898.)

**Lipome rétropéritonéal développé du côté gauche. ablation partielle.**

**La tumeur envoyait des prolongements dans le mésentère. Guérison opératoire.**

M<sup>me</sup> Louise N..., 36 ans, bonne constitution, sans antécédents pathologiques, réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans, mariée à 23 ; pas de grossesse.

En janvier 1896, tuméfaction indolore de l'abdomen et

suspension des règles. Un médecin, consulté en mars, affirme qu'il y a grossesse ; le neuvième mois arrive. Un second médecin nie alors la grossesse, ne fait aucun diagnostic. A la fin de décembre 1896, la malade consulte M. le professeur Tédénat ; les règles sont revenues en juillet, août, novembre.

M. le professeur Tédénat trouve une tumeur de consistance moyenne avec de grosses bosselures, indolore à la pression. Elle occupe toute la moitié gauche de l'abdomen ; en haut, elle arrive sur les fausses côtes, dépasse la ligne médiane de cinq travers de doigt dans toute la partie sus-ombilicale ; en bas, elle remplit tout le bas-ventre. Sonorité à droite, matité complète en arrière et à gauche de la tumeur. Il n'y a pas d'ascite, l'utérus a son volume normal, les annexes des deux côtés sont accessibles par le toucher rectal, à cause des bosselures et des encoches profondes ; M. le professeur Tédénat hésite un instant à écarter l'idée d'une hypertrophie de la rate. Mais la santé générale est bonne, la malade n'a jamais eu de malaria, puis les bosselures multiples, le développement prédominant dans l'hypogastre et le flanc gauche, la matité totale en arrière et à gauche, le refoulement de l'intestin vers la droite, lui font porter le diagnostic de fibro-lipome rétropéritonéal né dans la région sous-rénale gauche.

En avril, la tumeur a un peu augmenté de volume, le développement du ventre est énorme, bien qu'il n'y ait pas de douleurs, la masse néoplasique gêne la malade, qui insiste pour être opérée. Les rapports de la tumeur n'ont pas changé.

28 avril. — Laparotomie, pas d'ascite. Le feuillet postérieur du péritoine est incisé, la tumeur apparaît (gros lipome à gros lobes séparés par des tractus fi-

breux). Elle est attirée au dehors, l'intestin suit. M. le professeur Tédénat voit alors que la tumeur pénètre dans le mésocôlon, descendant dans le mésentère. L'opération est impossible sans longues manœuvres, sans déchirures du péritoine, sans ligatures multiples des vaisseaux du mésentère. Après essais multipliés d'ablation totale, il se contente d'enlever quatre grosses masses du poids de 3 kilogr. La tumeur pèse au moins 12 à 14 kilogr.

La malade guérit après quelques accidents péritonitiques légers, mais le point de suture inférieur donne, deux mois après l'opération, un petit abcès.

Actuellement (mai 1898), la tumeur continue à augmenter de volume, indolore, mais gênante par son poids. Il n'y a pas d'ascite, pas d'œdème des membres inférieurs. L'abdomen est énorme. L'intestin est déjeté vers le côté droit de l'abdomen. Etat général satisfaisant, règles très abondantes, manquent souvent. La tumeur était un lipome lobulé typique.

### OBSERVATION III

(Prof. Tédénat, *in* thèse Choussat, Montpellier, 1898)

#### Lipome rétropéritonéal

Catherine B..., 45 ans, ménagère.

Vomissements depuis 6 à 7 mois. Augmentation du

volume du ventre depuis 4 mois. Santé habituelle assez bonne. Entrée dans le service de M. le professeur Tédénat le 24 juillet 1897.

*Interrogatoire.* — Bonne santé habituelle. Depuis 7 mois environ, troubles dyspeptiques avec vomissements; l'attention et la thérapeutique étaient surtout dirigées du côté de l'estomac. S'est aperçue que son ventre grossissait depuis quatre mois. Selles normales. Urines normales. Règles normales.

EXAMEN : 1° *Malade couchée.* — Inspection : Femme de taille moyenne, très grosse ; ventre volumineux, flasque (batracien), rappelant celui de l'ascite.

Palpation : Superficielle, adipeuse considérable. Profonde sensation d'une tumeur abdominale à gauche et au milieu, ne descendant pas dans le bassin. Pas de sensation de flot.

Percussion : Matité dans le flanc gauche, la fosse iliaque gauche, la région péri-ombilicale, ligne de matité dépassant l'ombilic en haut (3 doigts) à droite (4 doigts) descendant vers le pubis. Sonorité dans la région épigastrique, hypocondre droit au-dessous du foie, flanc droit, fosse iliaque droite.

La matité ne se déplace pas avec la malade comme pour l'ascite.

Toucher : Utérus libre, mobile, indépendant de la tumeur, qui n'a aucune connexion avec le bassin.

2° *Malade debout.* — Inspection : Ventre tombant en tablier, adipeux.

Palpation : En passant la main sous le tablier adipeux on sent, au-dessus du pubis, le bord inférieur de la tumeur lobulée, bassin libre. Pas d'incisures du bord perceptible de la tumeur.

Percussion : Sonorité et matité comme dans le 1°.

Diagnostic : Tumeur sans connexion avec les organes pelviens, pas liquide (pas de flot). Indépendante du foie, des reins (matité en avant), de la rate (pas les incisures caractéristiques). Développement relativement assez rapide.

*Diagnostic.* — Lipome rétropéritonéal.

Sortie sans intervention.

#### OBSERVATION IV

(Prof. Tédénat, *in* thèse Choussat, Montpellier, 1898)

**Lipome rétropéritonéal de la région sous-rénale gauche. — Laparotomie latérale. — Ablation de la tumeur pesant 2800 gram. — Guérison.**

M<sup>me</sup> Georges N..., âgée de 40 ans, de bonne santé générale. Réglée à 14 ans régulièrement, accouchements à 21 et 28 ans, normaux.

Depuis 3 ans, la malade éprouve une vague pesanteur dans le flanc gauche, de la constipation. Elle consulte M. le professeur Tédénat le 25 mai 1891.

Il existe une saillie qui occupe la moitié gauche du ventre et le flanc. Il y a là une tumeur molle, vaguement lobulée, mate en arrière avec une sonorité en avant et en dedans. Il est impossible de sentir le rein. Rien à noter du côté de l'utérus et des annexes. L'urine est normale. Rien au cœur ni aux poumons.

Le 1<sup>er</sup> juin, incision verticale, commençant à la dernière côte, finissant à deux centimètres au-dessus de la crête iliaque, à dix centimètres de la ligne des épines lombaires. Sans ouvrir le péritoine, M. Tédénat arrive sur une tumeur jaune, molle, lobulée, qui a refoulé le côlon en avant et en dedans. Elle est facile à décoller en haut du rein, en avant de l'intestin. En bas, elle est fixée comme par un pédicule fibroïde large vers l'insertion du muscle carré des lombes. Une ligature est posée sur le pédicule. Aucune autre ligature n'est nécessaire.

Suture métallique de l'incision pariétale ; drain court en bas.

4 juin. — La température n'a pas dépassé 37°8, le pouls varie de 80 à 95. Drain enlevé, pas de suintement.

10. — Réunion immédiate. Orifice du drain oblitéré.

La malade quitte l'hôpital le 25 juin, guérie.

## OBSERVATION V

(Carbonne Houssay. — *Revista de la Societa medica Argentina*, 1913.)

Femme de 35 ans, entrée à l'hôpital dans le coma avec température à 36°, pouls imperceptible et respiration de Cheyne-Stockes. Sans connaître l'évolution de la maladie, sans renseignements d'aucune espèce, on ne peut faire de diagnostic. Les divers examens qu'on fit montrèrent que le liquide céphalo-rachidien, les urines, ne présentaient rien de particulier ; le ventre était volumineux,

absolument mat du pubis au rebord costal, quelque position qu'on donnât à la malade ; par la palpation on sentait un contenu mou, pseudo-fluctuant, la ponction fut négative. La malade mourut au bout de 3 jours.

A l'autopsie, on trouva toute la cavité abdominale occupée par de la graisse jaunâtre, formant une masse étendue du pubis au diaphragme, recouverte par le péritoine. Sur les flancs, la main pouvait glisser facilement au-dessous d'elle. La tumeur semblait s'implanter dans la région du promontoire, au-dessous du point d'insertion du mésentère. Elle pesait 5920 grammes et refoulait en haut, sous la coupole diaphragmatique, tous les organes intra-abdominaux.

L'examen histologique montra que la tumeur était constituée de lipome pur dans sa presque totalité ; par places seulement on y trouvait du tissu fibro-myxomateux.

## OBSERVATION VI

(Demoulin. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1909)

### **Myxo-lipome du poids de 26 kilogr.**

Femme de 40 ans, très amaigrie, cachectique, présente un ventre énorme, mesurant 118 centimètres de circonférence, au niveau de l'ombilic. La malade avait le facies

ovarien. Tous les élèves du service furent appelés à constater la sensation de flot, produite par une chique-naude appliquée sur l'abdomen, à reconnaître la fixité de la matité quand on faisait coucher le sujet, alternativement, sur le flanc gauche et sur le flanc droit, etc. ; bref, le diagnostic que je posai, et qui fut d'ailleurs confirmé par mon collègue et ami Rochard, fut celui de kyste de l'ovaire.

Dès que le péritoine pariétal fut incisé, je pus me convaincre, après une ponction blanche et l'agrandissement successif de l'ouverture de la paroi abdominale, extrêmement mince, du pubis à l'ombilic, qu'il s'agissait d'une tumeur grasseuse, recouverte par une membrane mince, le péritoine profond, qui lui adhéraient intimement, et à la partie supérieure de laquelle se trouvait une anse colique, très aplatie.

Le péritoine profond avant été incisé et décollé, péniblement, de la face antérieure de la masse grasseuse, le côlon put être mobilisé et refoulé en haut.

La tumeur descendait dans le petit bassin, remontait jusque sous le diaphragme, dans la concavité duquel se trouvait le foie, comme aplati, et la masse de l'intestin grêle, dont les anses étaient petites, ratatinées, la tumeur n'avait pas d'adhérences avec la colonne vertébrale, ni avec les viscères abdominaux ; son énucléation ne fut difficile, qu'en raison de ses dimensions et de son poids.

Il n'y eut pas d'hémorragie notable pendant l'opération ; deux grossés veines, adhérant à la tumeur, près du bord supérieur du ligament large gauche, durent, seules, être liées.

Lorsque la tumeur fut extirpée, je constatai que l'incision faite au péritoine profond avait porté sur le bord gauche du côlon descendant ; je le suturai à l'intestin,

je drainai largement l'espace cellulaire rétropéritonéal, saignant légèrement, en nappe.

Les suites opératoires furent excellentes pendant les trois premiers jours ; la température rectale maxima fut de 38 degrés, le pouls battait de 90 à 100 pulsations.

Le quatrième jour, au matin, la malade, après une nuit agitée et pendant laquelle on lui fit deux piqûres d'un centigramme de morphine, tombait dans le coma ; le pouls montait à 120, la température rectale atteignait 38°2.

Cet état persiste aujourd'hui, 27 janvier, au matin du sixième jour après l'intervention : le pouls est à 100, la température rectale est de 38°.

Le coma est moins profond, toutefois, que la veille, et la malade accepte les aliments qu'on lui présente ; elle est allée abondamment à la selle le cinquième jour.

Quelques jours après, l'état s'aggrave et la malade, s'affaiblissant progressivement, succombe sans cause connue, le dix-septième jour après l'opération.

## OBSERVATION VII

(Résumée)

(Bérard et Cavaillon. — *Lyon Médical*, 6 janvier 1907)

Femme, 60 ans. — Opération, octobre 1906. Tumeur rétropéritonéale à point de départ prévertébral. Enucléa-

tion et décortication progressive au cours de laquelle on rompt une collatérale de l'aorte à son émergence du vaisseau. Ligature latérale en bourse de l'aorte en deux plans. Péritonisation complète. — Guérison.

Lipo-myxo-fibrome kystique (12 kilogrammes).

### OBSERVATION VIII

(Résumée)

(Proust. — *Revue de Chir. et de Gynéc. abd.*, janvier-février 1908)

Femme, 32 ans, opérée en août 1905.

Laparotomie latérale dans la fosse iliaque droite permettant d'arriver sur la tumeur sans ouvrir le péritoine. Adhérence de la tumeur au nerf crural qui est inclus dans l'épaisseur même de la capsule du lipome et qui est offensé pendant l'opération.

Guérison après une paralysie sensitive et motrice grave du nerf crural.

Histologiquement : lipo-myxome (670 grammes).

---

## CONCLUSIONS

I. — Les lipomes rétropéritonéaux sont des tumeurs bénignes et rares, se rencontrant surtout chez la femme dans tous les âges.

II. — Ils se révèlent aux malades par des troubles fonctionnels tardifs qui compromettent leur santé.

III. — Le diagnostic au début en est ordinairement très difficile. Il y a cependant le plus grand intérêt pour le malade à ce que le diagnostic soit porté dès les premières phases de la maladie.

IV. — Tout lipome rétropéritonéal diagnostiqué ou seulement soupçonné chez un sujet doit être opéré à bref délai.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- CARBONNE HOUSSAY.— Revista de la Societa medica Argentina, 1913.
- CHOUSSAT. — Tumeurs solides de l'espace rétropéritonéal (Thèse Montpellier, 1898).
- DUMOULIN.— Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris, 1909.
- FRAIKLIN.— Revue mensuelle d'obst. et de gyn. de Bordeaux, 1899.
- HARTMANN et LECÈNE.— Trav. de chir. anat. clin., 1903.
- HÉRISSON. — Les lipomes rétropéritonéaux (Thèse Paris, 1909).
- LEJARS.— Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris, 1898.
- MICHEL.— Une observation de lipome rétropéritonéal (Revue médicale de l'Est, 1910).
- PROUST et TRÈVES.— Revue de gyn. et chir. abd., 1908.
- ROUTIER.— Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris, 1892.
- 

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

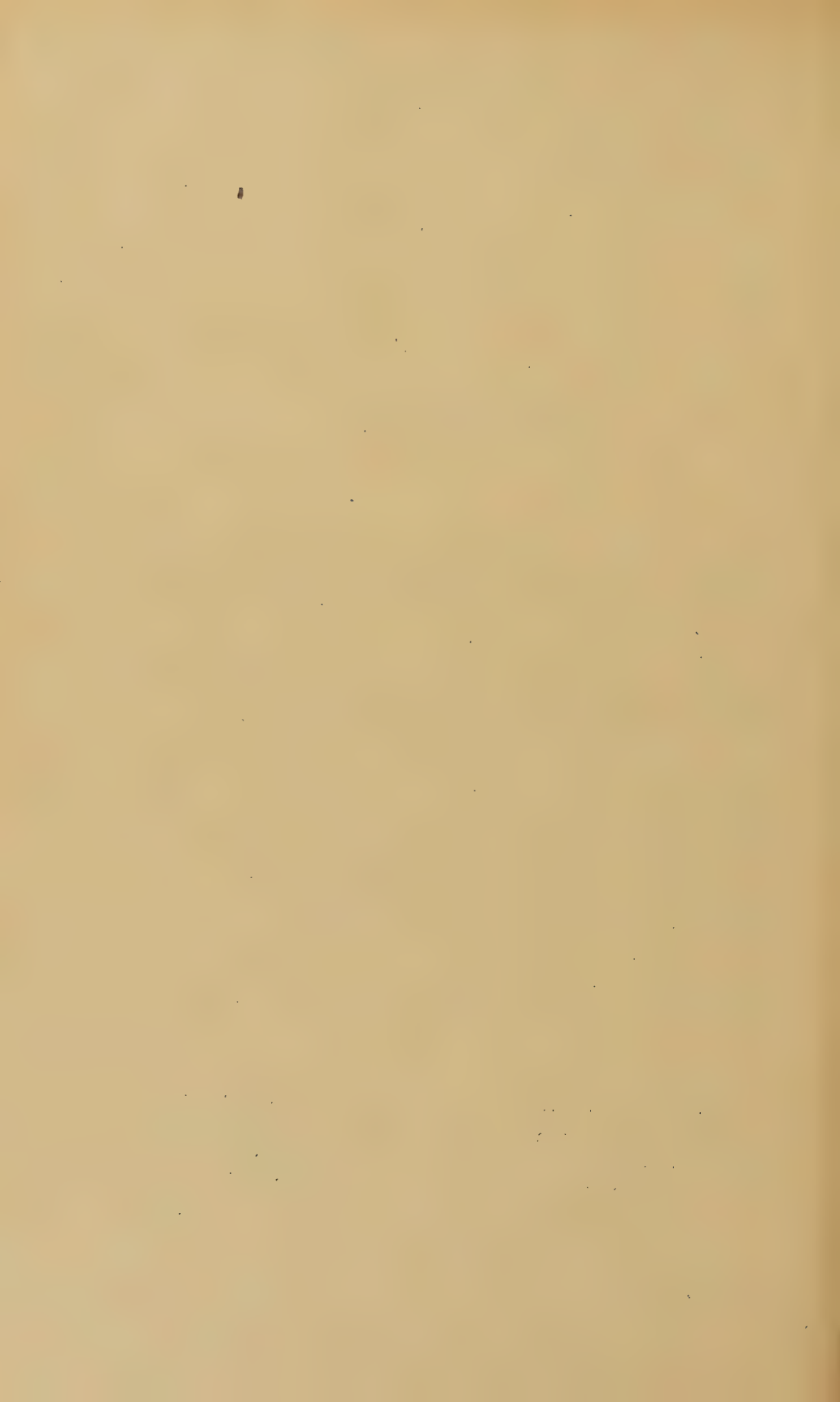
Montpellier, le 5 avril 1919.

Le Recteur,  
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 5 avril 1919.

Le Doyen,  
MAIRET.



## SERMENT

---

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*

---



---

Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière  
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.

---



